



## Évaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification

### Les personnes âgées constituent une population :

- **spécifique** en raison de la survenue fréquente de polyopathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de prévalence augmentée de fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance. (source HAS) ;
- **hétérogène**, plus souvent hospitalisée, pour une durée plus longue et en passant plus fréquemment par le service des urgences.

### Enjeux nationaux

- Développement de la coordination et animation du lien Ville/Hôpital.
- Fluidification des parcours et facilitation des admissions directes.
- Limitation des passages aux urgences.
- Renforcement de la formation pour une meilleure prise en charge des personnes âgées.
- Meilleure intégration de la prévention de la dépendance dans les pratiques.
- Optimisation de la continuité des soins à la sortie : lutte contre la rupture des parcours et réduction des ré-hospitalisations évitables.

### Principales données actuelles (Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée - 2018)

- Géronto-croissance : en 2030, 1 personne sur 3 aura plus de 60 ans, assortie d'une augmentation de la perte d'autonomie chez le sujet âgé.
- Fragilités fonctionnelles, sociales et psychologiques.
- Les personnes âgées représentent 29 % des séjours hospitaliers du secteur du court séjour, 40 % de l'HAD et 50 % des SSR.
- 45 % des passages aux urgences de personnes âgées sont suivis d'une hospitalisation.
- Plus de 30 % d'hospitalisations potentiellement évitables et 18 % de réadmissions non programmées à J30.
- 60 % de décès à l'hôpital :
  - hospitalisation plus fréquentes et durées moyennes de séjour prolongées,
  - allongement du temps de passages aux urgences,
  - perte d'autonomie liée à l'hospitalisation de l'ordre de 30 à 60 %.

### En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

#### Pilotage

- Adapter et développer une offre de soins en lien avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour les parcours des patients du territoire et participer aux projets territoriaux de parcours (3.1-01).
- Participer à la coordination des parcours sur le territoire ou extra territoire dans le cas d'activités de recours (3.1-04).
- Fluidifier les parcours : prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales, limiter le temps de passage et favoriser les hospitalisations directes (3.1-07).
- Promouvoir la prévention et la détection de la maltraitance ordinaire au sein de l'établissement (3.2-06).

## Actions

- Informer le patient et favoriser son engagement (1.1-01, 1.1-03, 1.1-05, 1.1-06, 1.1-09, 1.3-01, 2.3-08, 2.3-16).
- Se coordonner de manière pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle : évaluation médicale et sociale précoce (1.2-04, 1.2-07), recours à des services de spécialité et à l'expertise gériatrique (2.2-09), élaboration et mise en œuvre du Projet Personnalisé de Soins (2.1-01, 2.2-06).
- Maintenir l'autonomie et prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation (1.2-04, 2.3-16).
- Assurer la continuité des soins et préparer la sortie pour limiter les réadmissions évitables : organisation du suivi médical en prenant en compte les conditions de vie, maîtrise du risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique (1.1-06, 1.1-09, 1.4-06, 2.2-20, 2.3-08).

## Évaluation

- IQSS (1.1-01, 1.1-06, 2.2-20, 3.1-04).

# Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

## Experts-visiteurs

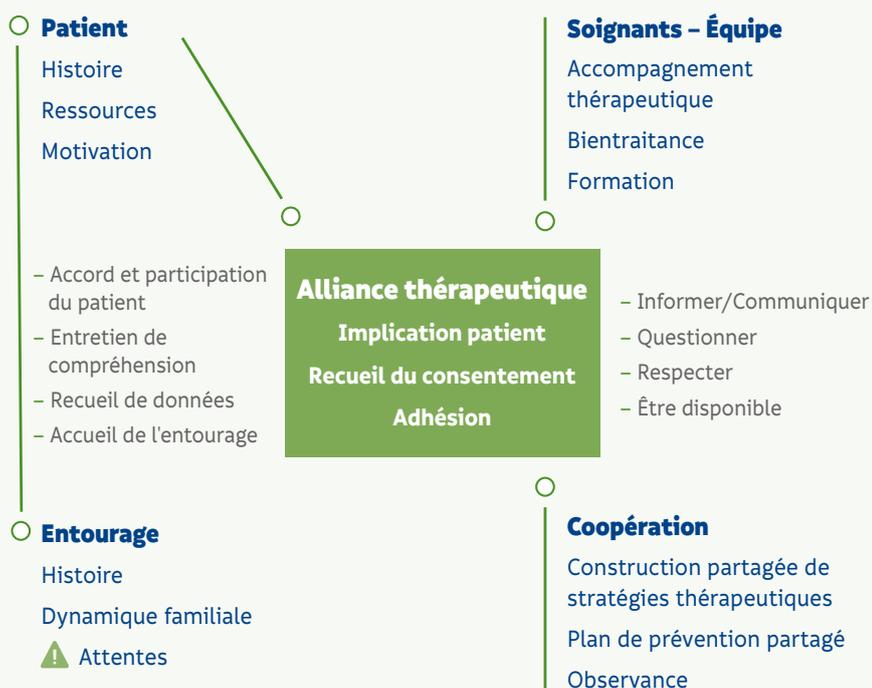
### Vous devez porter une attention particulière sur :

- l'information du patient âgé sur son état de santé, ses traitements et son risque de déclin, quel que soit son âge ou ses troubles sensoriels et cognitifs ;
- l'évaluation du niveau de compréhension du patient et la recherche de son adhésion pour formaliser la proposition et les objectifs de sa prise en charge, en accord avec lui ;
- l'adaptation de la communication des professionnels au degré de compréhension et de discernement du patient en s'appuyant sur des outils de communication internes à l'établissement ou appartenant au patient ;
- la manière dont les équipes procèdent pour aboutir à une alliance thérapeutique entre le patient âgé, les soignants et les aidants permettant d'améliorer la qualité, l'efficacité et la sécurisation de la prise en charge du patient ;
- les interventions et les actions éducatives dont le patient âgé a bénéficié pour être accompagné, le rendre acteur de sa prise en charge et lui permettre de gérer sa maladie et de maintenir son autonomie.

### Deux particularités :

- Le patient âgé doit donner son accord pour que les soignants délivrent des informations à son entourage et l'impliquent dans le projet de soins.
- Pour tous les patients sous protection judiciaire, le tuteur ou le curateur doit être informé de l'hospitalisation et de l'état de santé du patient.

## 1. Informer le patient et son entourage et favoriser son engagement



## Experts-visiteurs

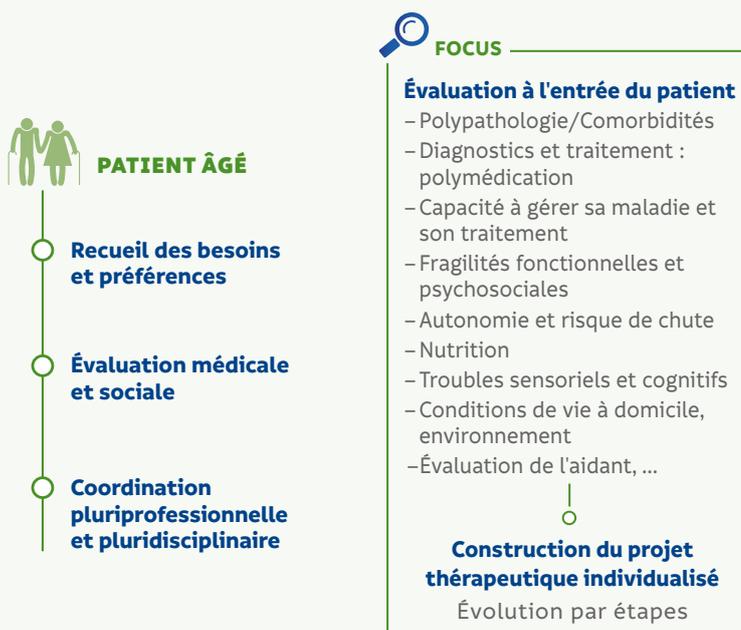
**Vous devrez vous assurer** que les professionnels ont réalisé une évaluation gériatrique globale du patient, basée sur des données médicales et sociales pertinentes, dès les urgences ou au plus tôt de l'admission.

Cette évaluation doit :

- recueillir les besoins spécifiques et préférences du patient âgé ;
- permettre de construire un projet thérapeutique en intra et en extra hospitalier ;
- lui proposer un accompagnement pour favoriser son autonomie.

De plus, un suivi des fragilités doit être retrouvé dans le dossier tout au long de la prise en charge.

## 2. Réaliser une évaluation gériatrique précoce



## Experts-visiteurs

**Vous devez vous assurer** que des stratégies d'interventions, de prévention et de traitement visant les principales causes de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation sont implémentées dans les services recevant des personnes âgées.

Les équipes doivent adopter des réflexes de bonnes pratiques de prise en charge et de surveillance pour prévenir la dépendance car l'état fonctionnel du patient âgé évolue durant l'hospitalisation. Les stratégies efficaces se fondent sur une approche centrée patient, caractérisée par une prise en charge coordonnée, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

## 3. Maintenir l'autonomie et prévenir la dépendance iatrogène

**Remettre en cause les pratiques inadaptées** en routine hospitalière et se donner les moyens du changement pour **agir sur les causes de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation**



### Exemples d'intervention de prévention et de traitement

- mettre la personne âgée au fauteuil ;
- lui proposer autant que possible de marcher ;
- la laisser aller aux toilettes toute seule si elle était capable de le faire avant l'hospitalisation ;
- éviter tous les médicaments potentiellement sédatifs ;
- être vigilant sur les apports alimentaires ;
- surveiller le poids, etc.
- l'utilisation de protections ou sondes urinaires de manière inappropriée.

**Vous porterez une attention particulière** à la dépendance contrainte qui peut avoir des conséquences graves sur l'autonomie du patient âgé. Par exemple :

- l'utilisation inappropriée de contentions physiques par « souci de sécurité » de type barrières de lit ;
- l'utilisation de protections ou sondes urinaires de manière inappropriée.

•••

L'objectif principal est de permettre au patient âgé de rester indépendant le plus longtemps possible : marcher, manger, aller aux toilettes seul.

En complément, vous devrez observer :

- la mise à disposition d'un environnement et d'équipements sécuritaires et adaptés aux besoins et capacités des personnes âgées ;
- des dispositifs d'aide à la marche ou aux transferts ;
- des repères temporels et spatiaux ;
- des espaces pour les aidants ;
- etc.

## Maintenir l'autonomie et prévenir la dépendance iatrogène

### Dénutrition

Lors de l'hospitalisation, elle est liée à un apport alimentaire insuffisant et/ou à un accroissement des besoins liés à la maladie. La prévalence de la dénutrition des personnes âgées est de 35% à l'admission, et de 50% à la sortie. Elle est associée à une augmentation de la mortalité, à des complications (confusion, infection, perte de masse musculaire, retard de cicatrisation, escarre, etc.), à des entrées en institution et à une diminution de l'autonomie et de la qualité de vie.

### Syndrome d'immobilisation

Il est à l'origine d'une décompensation multi systémique, avec en particulier une perte rapide de la masse musculaire, une perte d'autonomie et une augmentation du taux de ré hospitalisations. Malgré cela, 70 à 83% du temps passé par le patient à l'hôpital est alité, alors que la restriction d'activité est rarement justifiée médicalement.

Les facteurs déclenchants sont : environnement, organisation des soins et des aides inadéquats, restrictions d'activité ou alitement injustifiés, contention physique ou chimique, sonde vésicale et cathéter non justifiés, absence d'aide adaptée à la marche et/ou aux transferts, douleur non traitée, etc.

### Confusion aiguë

Elle touche 29 à 64% des personnes âgées pendant leur hospitalisation et augmente le risque de déclin fonctionnel, de chutes, de syndrome démentiel, d'augmentation de la durée d'hospitalisation et d'entrée en institution.

Les facteurs de risque prédisposants sont : démence ou troubles cognitifs, immobilisation aggravée par la contention, atteinte sensorielle (auditive, visuelle), comorbidités multiples, dénutrition, polymédication, antécédent de confusion, troubles de l'humeur (dépression).

La contention physique doit rester exceptionnelle, en dernier recours et de façon transitoire, pour permettre les investigations et les traitements nécessaires tant que le patient est dangereux pour lui-même ou pour autrui, et toujours associée à des mesures d'accompagnement.

### Les chutes

Les chutes sont source de blessures dans 30 à 40% des cas, de traumatismes (sévères dans 5% des cas), de peur de tomber, de syndrome post-chute, de perte d'autonomie et d'une augmentation de la durée de séjour à l'hôpital.

### L'incontinence

Elle est fréquente (20% des personnes âgées) et augmente avec l'hospitalisation (14% à l'admission et 33,5% à la sortie). Elle est un facteur de risque de déclin fonctionnel, de chutes, d'infections urinaires, d'altération de la qualité de vie et d'entrées en institution. Lors de l'hospitalisation, elle est favorisée par certaines médications, des conseils diététiques ou prises en charge inadéquats, en particulier le port de protection urinaire non justifié.

### Les effets indésirables des médicaments

30 à 60% des effets indésirables des médicaments sont prévisibles et évitables : on parle de iatrogénèse médicamenteuse évitable. La iatrogénie médicamenteuse représente, à elle seule, 20% des hospitalisations en urgence des plus de 75 ans et 25% des admissions des plus de 85 ans. Les effets indésirables sont augmentés par la prise de diurétiques et anticoagulants.

## **Expert-visiteur**

**Vous porterez une attention** sur les moyens mis en œuvre par l'établissement pour établir une coordination avec les partenaires de ville, sanitaires et médico-sociaux du territoire afin de :

- proposer une prise en charge pertinente du patient âgé par des admissions directes dans une filière gériatologique identifiée ;
- éviter des hospitalisations et des passages aux urgences souvent longs si l'état du patient ne le nécessite pas (urgence vitale...) ;
- diminuer la durée moyenne de séjour lorsque ce n'est médicalement pas pertinent ;
- sécuriser la sortie d'hospitalisation et optimiser le suivi.

Il est à noter que le passage aux urgences doit avoir lieu si la situation clinique du patient âgé nécessite de réaliser des examens rapidement.

**Vous porterez une attention particulière** sur les moyens mis en œuvre par l'établissement pour améliorer le passage dans le service des urgences et organiser l'orientation du patient âgé. De plus, vous vous assurerez que l'équipe mobile gériatrique interne ou externe vient en appui des prises en charge complexes.

Lorsque vous constaterez un taux de passages aux urgences conséquent, il faudra s'interroger sur l'organisation de l'établissement mais aussi tenir compte de la démographie, du bassin de population et du contexte territorial dans lequel s'inscrit l'établissement visité : désert médical, forte population âgée dans la région.

### **Exemples de moyens et d'actions de coordination des parcours**

- messagerie sécurisée de santé ;
- dossier médical partagé ;
- inscription dans une plateforme territoriale d'appui (PTA) ;
- télémédecine, astreintes gériatriques dans les EHPAD ;
- formations ouvertes aux médecins généralistes sur des thématiques gériatriques et troubles cognitifs ;
- mise en place de partenariat avec les structures d'aval sanitaires ou médicosociales telles que les MAIA, SAD, SSIAD, CLIC définissant les modalités d'admission ;
- participation aux journées portes ouvertes ;
- appel à projet, etc.

## **4. Coordonner et fluidifier les parcours de santé sur le territoire**

### **PAERPA : un parcours mieux coordonné**

#### **Plateforme territoriale d'appui (PTA)**

**Un guichet unique de coordination des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux**



**Avoir accès**  
à de  
l'information



**Être orienté vers**  
les bonnes ressources,  
organisation des admissions  
directes et des sorties



**Être soutenu**  
dans l'organisation  
des parcours de  
soins complexes

#### **Améliorer le passage dans le service des urgences**



**Réduire**  
le temps  
de passage  
aux urgences



**Organiser**  
l'orientation précoce  
vers un service de  
soin adapté



**Solliciter,**  
au besoin,  
l'équipe mobile  
gériatrique

## Pour aller plus loin

### Références documentaires

#### HAS

- Plan personnalisé de coordination en santé, 2019.
- Les personnes âgées en établissement de santé, 2017.
- Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, 2017.
- Comment réduire les ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? 2013.
- L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, 2018.
- Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée, 2014.
- Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, 2015.
- Contention physique de la personne âgée, 2005.
- L'éducation thérapeutique du patient, 2014. Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, 2014.

#### Autres

- Approche territoriale : filières de soins - Enquête sur la prise en charge des personnes âgées – ANAP, 2015.
- Autodiagnostic filières gériatriques hospitalières de territoire – ANAP, 2013.
- Construire un parcours de santé pour les personnes âgées – ANAP, 2013.
- Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie - ARS/Assurance maladie/Ministère des affaires sociales et de la santé, mai 2016.
- Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier – DREES, mars 2017.
- Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue – DREES, mars 2017.
- ICOPE, soins intégrés pour les personnes âgées - OMS 2019.

---

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

